

GE_GERICHTE ATAS/520/2015 vom 30. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_520_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/520/2015 du 30 juin 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/520/2015 del 30 giugno 2015

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), relevant de la loi sur le contrat d'assurance (LCA - RS 221.229.1). Selon la police d'assurance, le contrat est régi par les CGA de juillet 2003, lesquelles prévoient que la LCA s'applique en complément (art. C10). La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

L'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors) qui a été abrogée au 1er janvier 2011 par l'entrée en vigueur du CPC, auquel il convient désormais de se référer. Sauf disposition contraire de la loi, pour les actions dirigées contre une personne morale, le for est celui de son siège (art. 10 al. 1 let. a/b CPC), étant précisé que l'art. 17 al. 1 CPC consacre la possibilité d'une élection de for écrite.

A/151/2015 - 10/18 - En l'occurrence, l'art. C9 des CGA prévoit que le preneur d'assurance ou l'ayant droit peut intenter une action contre l'assureur à son lieu de domicile suisse ou à Winterthur. La demanderesse ayant son domicile à Genève, la chambre de céans est également compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

E. 3

Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).

E. 4

La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). Par ailleurs, la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (loi sur la surveillance des assurances, LSA - RS 961.01) ne contient pas de règles spécifiques concernant les délais relatifs aux contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés. Il y a lieu de constater que la demande en paiement a été déposée dans les

conditions légales et de forme requises (art. 128 et 240 CPC). Elle est partant recevable.

E. 5

Le litige porte sur le droit de la demanderesse à percevoir de la défenderesse des indemnités journalières au-delà du 16 mars 2014, singulièrement sur l'incapacité de travail de la demanderesse à compter de cette date.

E. 6

a. Le droit aux prestations d'assurances se détermine sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.253/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a). b. Dans le cas présent, l'art. B1 al. 1 des CGA, relatif au droit aux prestations, indique que, lorsque sur constatation du médecin l'assuré est totalement dans l'incapacité de travailler, la Winterthur paie l'indemnité journalière mentionnée dans la police. L'al. 2 du même article prévoit qu'en cas d'incapacité partielle de travail, l'indemnité journalière est fixée proportionnellement au degré de cette incapacité; elle est supprimée si l'incapacité de travail est inférieure à 25 %. L'art. A8 précise qu'il y a incapacité de travail lorsque, par suite d'une maladie, il ne peut être raisonnablement exigé de la personne assurée qu'elle exerce sa profession ou son activité actuelle. Toute activité dans une autre profession ou un autre domaine d'activité pouvant être raisonnablement exigée de la personne assurée est également prise en considération.

A/151/2015 - 11/18 -

E. 7

a. Dans le cadre de l'assurance privée selon la LCA, le droit aux prestations ne dépend pas d'une affiliation. Si le sinistre survient pendant la période de couverture, l'assureur doit verser les prestations convenues jusqu'à épuisement, aussi longtemps qu'elles sont justifiées selon les clauses conventionnelles; la seule limite que connaisse la couverture réside non dans la fin des relations contractuelles, mais dans la durée des prestations convenues. Partant, en l'absence de clauses conventionnelles limitant ou supprimant le droit aux prestations au-delà de la période de couverture, l'assuré qui, après un événement ouvrant le droit aux prestations, sort d'une assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat, peut faire valoir son droit aux prestations également pour les suites de l'événement qui se produisent après l'extinction du rapport d'assurance (ATF 127 III 106 consid. 3b). b. En l'occurrence, selon l'art. B3, l'assureur paie l'indemnité journalière pour chaque maladie à l'expiration du délai d'attente convenu et, tout au plus, pendant la durée des prestations indiquées dans la police, à savoir 700 jours, déduction faite du délai d'attente de 30 jours.

E. 8

a. La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de

s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a). b. La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

A/151/2015 - 12/18 - La partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

E. 9

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). Le principe de la libre appréciation des preuves s'applique lorsqu'il s'agit de se prononcer sur des prestations en matière d'assurance sociale. Rien ne justifie de ne pas s'y référer également lorsqu'une prétention découlant d'une assurance complémentaire à l'assurance sociale est en jeu (arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 4.2). Le principe de la libre appréciation des preuves signifie que le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de statuer sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 4A_253/2007 du 13 novembre 2007 consid. 4.2). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux

importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). b. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus

A/151/2015 - 13/18 - de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). c. Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATAS/167/2008). En matière d'assurance indemnités journalières maladie soumise à la LCA, la chambre de céans s'est écartée à plusieurs reprises des rapports médicaux de médecins mis en œuvre par un assureur. Tel a notamment été le cas lorsque les conclusions du médecin mandaté par l'assurance divergeaient de toutes les appréciations concordantes effectuées par d'autres médecins (ATAS/1049/2004 du

E. 13

a. Il convient ainsi d'examiner, de prime à bord, la valeur probante de l'expertise du Dr K_____ quant à son appréciation de la capacité de travail de la demanderesse, étant relevé que ses diagnostics de lombosciatique droite chronique, de troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire et d'hernie discale L5-S1 ne sont pas discutés. Dans son premier rapport du 17 février 2014, le Dr K_____ concluait, d'un point de vue rhumatologique, à une capacité de travail de la demanderesse de 80 % dans son activité professionnelle habituelle d'employée de bureau, cette activité respectant les limitations fonctionnelles du port de charges au-delà de 5 kg de manière répétitive ou de 10 kg de manière ponctuelle, de mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et de travail sédentaire ou semi-sédentaire, autorisant l'alternance de la position assise et debout deux à trois fois par heure. Il recommandait toutefois une reprise progressive de l'activité professionnelle, la demanderesse n'ayant plus travaillé depuis plus d'une année. Dans un complément du 29 mai 2015, le Dr K_____ précisait recommander une reprise initiale à 50% (du 80% établi) depuis le jour de l'expertise, soit le 2 février 2014, taux à majorer progressivement par palier de 10% toutes les deux à trois semaines, pour atteindre le taux de 80% environ deux mois plus tard, soit dès le début avril 2014. En l'occurrence, la chambre de céans observe que l'expertise du Dr K_____ se fonde sur un examen personnel de la demanderesse, résulte d'une étude approfondie du dossier, contient une anamnèse médicale et socio-professionnelle complète, et prend en compte les plaintes de la recourante. La description du contexte médical, ainsi que l'appréciation de la situation médicale sont claires, et les conclusions dûment motivées et complétées par le rapport du 29 mai 2015. b.

Toutefois, faut-il encore apprécier si d'autres avis s'opposent valablement aux conclusions du Dr K_____. Dans son rapport du 18 juillet 2013, le Dr I_____ constatait déjà une large amélioration de l'état de santé de la demanderesse, trois mois après la décompression de son hernie, par herniectomie percutanée du 24 avril 2013. Dans un rapport du 23 septembre 2013, la Dresse E_____, médecin traitant de la demanderesse, confirmait l'évolution satisfaisante de l'état de santé de sa patiente. Ainsi, dans son rapport du 7 octobre 2013, elle indiquait escompter une reprise

A/151/2015 - 15/18 - progressive d'une activité professionnelle par la demanderesse à partir du 1er novembre 2013, soit d'abord à 50% sur une durée de deux ou trois mois, à savoir jusqu'au 1er février 2014 au plus tard. Dans un rapport du 19 novembre 2013, le Dr G_____ pronostiquait également une reprise d'une activité professionnelle par la demanderesse, à partir du mois de mars 2014 pour sa part. Ainsi, force est de constater que les conclusions du Dr K_____, étaient initialement corroborées par celles de la Dresse E_____, qui retenait même une reprise complète de l'activité professionnelle dès le 1er février 2014, dans son rapport du 23 septembre 2013, et celles du Dr G_____, qui estimait une reprise complète du travail possible dès le mois de mars 2014, dans son rapport du 19 novembre 2013. Ce n'est que postérieurement à la prise de position de la défenderesse du 6 mars 2014, mettant fin à ses prestations, que dans un rapport du 31 mars 2014, tout en confirmant l'amélioration de l'état de santé de la demanderesse, le Dr G_____ n'estimait sa capacité de travail qu'à 20% et recommandait une augmentation progressive de ce taux au fur et à mesure de la poursuite de l'évolution positive de sa santé. De même, ce n'est que par la suite, dans un rapport du 26 mai 2014, que la Dresse E_____ recommandait la reprise d'une activité à un taux de 20% seulement, augmenté progressivement à 50% après deux ou trois mois, avant la reprise d'une activité de 100%, bien qu'elle confirmait également l'amélioration progressive de l'état de santé de l'assurée. A cet égard, elle faisait état pour la première fois de l'existence d'un syndrome somatoforme douloureux, mais précisait qu'il était en régression suite à l'amélioration progressive de l'état général de l'assurée. Or, à ce propos, on admettra avec la défenderesse que ni la Dresse E_____, ni le Dr G_____ n'expliquent valablement les raisons pour lesquelles ils ont revu défavorablement leur pronostic. En effet, ni l'un ni l'autre de ces praticiens ne fait état d'une quelconque aggravation entre leurs appréciations des 23 septembre 2013, respectivement 19 novembre 2013, et celles des 31 mars 2014, respectivement 26 mai 2014. Au contraire, dans leurs derniers rapports, ces praticiens maintenaient leurs constatations quant à l'évolution favorable de l'état de santé de la demanderesse. D'ailleurs, bien que la Dresse E_____ évoquait pour la première fois dans son rapport du 26 mai 2014, l'existence d'un syndrome somatoforme douloureux, celle-ci indiquait dans le même temps que ce syndrome était en voie de régression suite à l'amélioration progressive de l'état général de la demanderesse. Quoiqu'il en soit, il sied de relever sur ce point que ce diagnostic n'a été posé par aucun des autres praticiens ayant examiné la demanderesse auparavant et que la Dresse E_____ n'est pas psychiatre. En effet, on rappellera que, selon la jurisprudence, la

A/151/2015 - 16/18 - reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Il ne ressort pas non plus du dossier que la demanderesse soit suivie sur le plan psychiatrique, de sorte que l'existence d'une comorbidité psychiatrique doit en tous les cas être niée. Certes, s'agissant des critères d'évaluation de l'invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a récemment modifié sa

jurisprudence dans un arrêt du 3 juin 2015 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014). Toutefois, même à la teneur de cette nouvelle jurisprudence, un tel diagnostic présuppose un degré certain de gravité, ce qui n'est à l'évidence pas le cas en l'espèce, le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux n'ayant été posé que par la Dresse E_____, laquelle n'est pas psychiatre, n'ayant pas nécessité de suivi psychiatrique et ayant été en voie de régression peu après avoir été évoqué. Il n'y a donc pas lieu d'examiner davantage ce point. Dans ces conditions, force est de constater qu'aucun élément en faveur d'une aggravation quelconque de l'état de santé de la demanderesse ne peut être tiré des considérations de cette praticienne. Ainsi, les seconds rapports des médecins traitants de la demanderesse, établis après la prise de position de la défenderesse du 6 mars 2014, doivent être considérés avec circonspection. On retiendra, en l'espèce, au vu de l'absence de motivation claire et détaillée en ce sens, qu'ils ne remettent pas en cause, à satisfaction de droit, leurs premières conclusions, allant dans le sens de celles du Dr K_____. Par conséquent, l'expertise du Dr K_____, selon laquelle la demanderesse serait apte à reprendre une activité professionnelle à 80% au moins, dès le début du mois d'avril 2014, emporte la conviction de la chambre de céans, de sorte que pleine valeur probante doit lui être reconnue.

E. 14

Reste à déterminer si, sur la base des conclusions du Dr K_____, la défenderesse a cessé à juste titre de verser des indemnités journalières à la demanderesse à compter du 17 mars 2014. A cet égard, on rappellera qu'à la teneur de l'art. B1 al. 2 des CGA applicables au cas d'espèce, en cas d'incapacité partielle de travail, l'indemnité journalière est fixée proportionnellement au degré de cette incapacité; elle est supprimée si l'incapacité de travail est inférieure à 25 %. Or, dans son complément du 29 mai 2015, le Dr K_____ préconisait une reprise initiale à 50% (du 80% établi) depuis le jour de l'expertise, soit le 2 février 2014, taux à majorer progressivement par palier de 10% toutes les deux à trois semaines, pour atteindre le taux de 80% environ deux mois plus tard, soit dès le début avril 2014. C'est donc à compter de cette date, que l'incapacité de travail de la demanderesse était inférieure au seuil de 25% requis pour la perception d'indemnités journalières, puisqu'elle n'était plus que de 20%. Dans ces conditions, on admettra que la demanderesse était en droit de percevoir des indemnités journalières de la défenderesse du 17 au 31 mars 2014, étant précisé

A/151/2015 - 17/18 - que le délai-cadre de ce droit s'étendait jusqu'au 18 novembre 2014 selon l'assureur, soit quelque 700 jours après le début de sa prise en charge en qualité d'assureur- maladie le 19 décembre 2012, ce qui n'a pas été contesté par la demanderesse. Sachant qu'un taux d'activité de 80% était exigible de la demanderesse à compter du début du mois d'avril 2014, il convient de retrancher à ce taux un palier de 10% pour obtenir le taux exigible de l'intéressée les deux dernières semaines du mois de mars 2014, ce qui correspond à un taux d'activité de 70% et à une incapacité de 30%. Il n'est pas contesté que l'indemnité journalière due à la demanderesse s'élevait à un montant de CHF 188.71, pour une incapacité de travail totale. Cette indemnité correspond donc à un montant de CHF 56.61 ($30 \times 188.71 / 100$) pour un taux d'incapacité de 30%. Ainsi, pour la période du 17 mars au 31 mars 2014, soit 15 jours, la défenderesse devra s'acquitter d'un montant de CHF 849.15 à la demanderesse (15×56.61), étant relevé que les montants alloués pour les périodes antérieures ne sont pas remis en cause par les parties. Des intérêts moratoires ne seront, pour le surplus, pas alloués sur cette somme, dans la mesure où la demanderesse n'a pas pris de conclusion en ce sens, ce conformément à l'art. 58 CPC.

E. 15

a. Compte tenu de ce qui précède, aucune autre mesure d'enquête n'apparaît être nécessaire, de sorte qu'il sera renoncé à la comparution personnelle, aux auditions de la Dresse E_____ et du Dr G_____, ainsi qu'à l'expertise sollicitées par la demanderesse. b. On renoncera, en particulier, à suspendre la cause dans l'attente des conclusions de l'expertise rhumatologique ordonnée par l'OAI en novembre 2014, dans la mesure où les pièces versées à la procédure permettent de statuer valablement sur les faits en cause.

E. 16

La demande est dès lors partiellement admise et la défenderesse condamnée à payer le montant de CHF 849.15 à la demanderesse. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens (art. 22 al. 3 let. b de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]), ni perçu de frais judiciaires (art. 114 let. e CPC).

A/151/2015 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.